

東京都障害者IT地域支援センター 宛て
FAX : 03-6686-1277

令和3年度障害者のデジタル技術活用支援者養成研修(出張型)受講申込書

区市町村名

事業所名

担当者 氏名:

電話番号

FAX番号

E-mail

受講希望日

指定会場

(住所)

受講希望コース

受講予定者名簿(現時点の予定者で結構です)

氏名	所属

【特記事項】

--